Aus der chirurgischen Abteilung des zahnärztlichen Institutes der Universität Berlin.
Direktor: Prof. Dr. med., Dr. med. dent. h. c. Fritz Williger.

Ranula.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

WÜRDE DES DOKTORS DER ZAHNHEILKUNDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Martin Ludwig,
Zahnarzt aus Bautzen.

Tag der Promotion: 11. November 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

152

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian.

Referent: Professor Dr. Williger.

Auszug.

Obwohl über die Ranula schon eine umfangreiche Literatur besteht, veranlassen mich 20 im Berliner zahnärztlichen Universitätsinstitut beobachtete Fälle dieser Erkrankung, das Thema von neuem zu behandeln.

In der alten Literatur finden wir diese pathologische Erscheinung unter dem Namen Batrachos, Batrachion, Rana, Ranunculum, Ranula beschrieben. Nach Avicenna ist dieser Name nach der äusseren Erscheinung der Krankheit, die der Kehlblase des Frosches ähnlich ist, gewählt worden.

Die Ranula liegt meist einseitig, bisweilen aber auch zu beiden Seiten des frenulum und erscheint als bläulich durchschimmernde Blase unter der Zunge. Sie kann sich aus kleinen, bohnengrossen Geschwülsten bis zur Grösse eines Apfels entwickeln. Das Leiden beginnt symptomlos. Allmählich wird die Zunge in den Pharyngealraum gedrückt, die Sprache und die Aufnahme der Speisen erschwert. Der Inhalt des cystischen Tumors besteht aus eiweissähnlicher, fadenziehender Flüssigkeit. In vereinzelten Fällen entwickelt sich die Ranula nach dem Kinn zu und tritt dann als „submentale Ranula“ in Erscheinung.

Ueber die Aetiologie der Ranula schwebt noch völliges Dunkel. Als bestimmt kann nur angenommen werden, dass in den meisten Fällen der Ranula eine chronische interstitielle Entzündung der Sublingualdrüse vorausgeht.

Auch über die Pathogenese der Ranula entspann sich ein reger Streit. Celsus hielt die Ranula für einen Abszess, Aetius für eine Varix, Fabricius für eine Balggeschwulst, Heister für eine Ablagerung von Gehirnsubstanz unter der Zunge. Diemerbrock sprach die Ranula als eine Retentionsgeschwulst des Ductus Whartonianus an. Dupuytren verlegte den Ausgang der Ranula in die Schleimdrüsen der Mundschleimhaut. Pauli und Tillaux unterschieden 2 Stadien in der Entwicklung der Ranula. Die Ranula primaria bestand nach ihrer Ansicht in einer Erweiterung des Ductus Whartonianus. In

der Ranula secundaria ergiesst sich der in dem erweiterten Ausführungsgange angesammelte Speichel nach Pauli in die Maschen des Mundbodens, nach Tillaux in die bursa Fleischmannii und bildet so die typische Erscheinung der Fröschleingeschwulst. Fleischmann entdeckte am Mundboden einen bisher unbekannten Schleimbeutel und stellte die Ranula als ein Hygrom der nach ihm benannten bursa dar.

Suzanne und später v. Hippel versuchten auf Grund eingehender histologischer Studien festzustellen, dass die glandula sublingualis der Ausgangsort aller „wahren" Ranulae sei. Der mikroskopische Befund ergab bei beiden Forschern, dass in den Cysten ein kontinuierlicher Epithelbelag fehlte. Demgegenüber konnte Neumann in verschiedenen Fällen feststellen, dass die Ranula mit einer durchgehenden Flimmerepithelschicht ausgekleidet sei. Für diese Art der Tumoren gab Neumann die flimmerepitheltragenden Bochdalekschen Drüsenschläuche als Ursprungsort an. Infolge anatomischer Lagebeziehung verlegte nach v. Hippel und Neumann v. Recklinghausen den Ursprung der Ranula in die glandula Blandi Nuhni, doch konnte er für seine Theorie keine stichhaltigen Beweise erbringen. In neuester Zeit wollen die französischen Forscher Imbert und Jeanbran die epithellosen Ranulae als Branchiome, d. h. congenital angelegte, den Kiemengangcysten analoge Bildungen angesehen haben.

Die chemische Analyse des Cysteninhalts ergab fast übereinstimmend das Fehlen von Ptyalin und Rhodankalium. Dadurch ist bewiesen, dass der Inhalt der Ranula dem Speichel nicht verwandt ist. Die sogenannte „akute Ranula" unterscheidet sich von ihrer Schwestergeschwulst durch unvermutetes, schmerzhaftes Auftreten. Sie entsteht durch plötzliche Transsudation in ein bisher unbemerkt gebliebenes Cystchen unter der Zunge.

Differentialdiagnostisch kommen für die Ranula in Frage:

1. Dermoidcysten,
2. Lipome,
3. Angiome,
4. Lymphangiome und Kavernome,
5. Kiemengangcysten,
6. Echinococcus- und Cysticercusblasen,
7. Solide Tumoren: Fibrom, Sarkom,
8. Retentionsgeschwülste des Ductus Whartonianus.

Zum Zweck der Therapie wurden die verschiedensten Wege beschritten. Chronologisch geordnet wurde die Heilung versucht durch einfache Incision, Eröffnung der Geschwulst mit dem Glüheisen, Schaffung eines epithelisierten Ausflusses durch Anwendung von Silber- und Kautschukringen, Injektion von Jod, Alkohol, Tanninglycerin u. a., breite Excision und Totalexstirpation der Cyste. v. Hippel empfahl als Radikaloperation die Exstirpation der glandula sublingualis mitsamt der Ranula von aussen.

Die Prognose quoad vitam ist bei der Ranula als günstig, quoad restitutionem ad integrum jedoch als fraglich zu bezeichnen. Trotz der allergrössten Sorgfalt sind in manchen Fällen Rezidive nicht ausgeschlossen.

Aus den im Berliner zahnärztlichen Universitätsinstitut behandelten Fällen, die Herr Prof. Dr. Williger mir noch durch zwei weitere Fälle aus seiner Privatklinik freundlicherweise ergänzte, ergibt sich, dass die Ranula in gleichem Prozentsatz im männlichen wie im weiblichen Geschlecht auftritt und das mittlere Lebensalter anscheinend für diese Erkrankung besonders inkliniert. Durch eine Rundfrage bei allen behandelten Patienten konnte festgestellt werden, dass mit einer Ausnahme vor Erscheinen der Ranula eine entzündliche Erkrankung der Mundschleimhaut (Stomatitis), die Bryk als Causa movens der Ranula angesehen haben wollte, nicht aufgetreten war. Auch kann nach der Statistik von einer Praedestination besonderer Berufsgattungen nicht gesprochen werden.

Für die Pathogenese der Ranula kommen nach meiner Ansicht nur die Theorien v. Hippels und Neumanns in Frage, da die v. Recklinghausensche Lehre die nötigen Beweise vermissen lässt. Ein in der Klinik behandelter Fall, bei dem nach zweimaligem Rezidiv endgültige Heilung nach der Exstirpation der glandula sublingualis eintrat, ist beweisend für die Anschauung v. Hippels. In der Literatur überwiegen die Fälle von Ranula, die ohne Epithelauskleidung aus der glandula sublingualis stammen, die klinisch ähnlichen Flimmerepithelcysten. Aus diesem Grunde möchte ich den Namen Ranula für die nach der v. Hippelschen Anschauung entstandenen Tumoren angewandt wissen, während die ranulaähnlichen Cysten Neumanns als Cysten des Ductus thyreoglossus zu bezeichnen wären.

Die erstrebenswerteste Operationsmethode ist die Total-

exstirpation der Cyste. Leider tritt aber dann, wie aus einer angeführten Krankengeschichte hervorgeht, in den meisten Fällen nach der Operation eine starke Schwellung des Mundbodens ein. Um diesem Uebelstand auszuschalten, bevorzugt Herr Prof. Williger die Excision eines grossen Stückes der vorderen Cystenwand mit nachfolgender Vernähung der Wundränder mit der Mundbodenschleimhaut. Die bei der Exstirpation eintretenden nachträglichen Schwellungen sind bei dieser Operationsmethode nie beobachtet worden. Aus einer angefügten Krankengeschichte ist der glatte Heilungsverlauf zu ersehen. Sollte jedoch trotz ausgiebigster Excision ein Recidiv auftreten, so ist, wenn es sich um eine „wahre“ Ranula handelt, die Exstirpation der glandula sublingualis mitsamt der Cyste vorzunehmen, wie es von v. Hippel angegeben wurde. Ist der Tumor jedoch als eine Cyste des Ductus thyreoglossus im Sinne Neumanns anzusprechen, so ist die Totalexstirpation der Geschwulst zu versuchen. Um bei einem etwaigen Rückfall sofort den richtigen Weg zur endgültigen Beseitigung des Leidens beschreiten zu können, empfiehlt es sich, schon bei der ersten Excision in jedem Fall die Cystenwand mikroskopisch zu untersuchen und den Befund niederzulegen.